6e Année. NUMÉRO 25 — PRIX : 25 CENTIMES. 23 Juin 1881

PARIS MÉDICAL

JOURNAL
DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

DIRECTEUR

E. BOUCHUT

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
CHEVALIER DES SS. MAURICE ET LAZARE, D'ISABELLE LA CATHOLIQUE,
COMMANDEUR DE CHARLES III.

On s'abonne pour un an, à partir du 1er de chaque mois, rue de l'Odéon, 16, chez tous les libraires et dans tous les bureaux de poste.
Paris et départements. **10 fr.**
Pour l'Etranger. . . . **15 fr.**
le port en plus.

Les mémoires, les lettres, les journaux et les livres peuvent être adressés aux **Bureaux du Journal**, rue de l'Odéon, 16, ou chez le Dr **Bouchut**, rue de la Chaussée-d'Antin, 38.

Paraissant tous les Jeudis

Les ouvrages dont il est déposé deux exemplaires au Bureau sont annoncés et analysés s'il y a lieu.

6e ANNÉE. NUMÉRO 25. 23 JUIN 1881

PARIS MÉDICAL

AVIS AUX ABONNÉS

Ceux de nos abonnés dont l'abonnement a expiré le 1er juin, sont priés de nous adresser un mandat-poste pour le prix du réabonnement. — Dans le courant du mois de juillet, une quittance augmentée de un franc pour frais de recouvrement sera présentée à domicile.

Les Bureaux du journal sont transférés *rue de l'Odéon*, 16.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

4014. — M. Pasteur vient d'ajouter un nouveau fleuron à sa couronne. Par des expériences conduites avec une précision rare, il vient de montrer comment on pouvait affaiblir l'activité des microbes du virus charbonneux par une culture spéciale, de façon à en faire un virus atténué, inoculable, préservatif du charbon.

Pour atténuer la virulence, M. Pasteur maintient les liquides de culture dans du bouillon de poulet, à une température de 43 degrés, au contact d'un air privé de tous les germes atmosphériques. Dans ces conditions les bactéries ou microbes ne se transforment point en germes, elles ne se multiplient que par scissiparité et deviennent de moins en moins actives. M. Pasteur a ainsi entre les mains un liquide virulent à tous les degrés, depuis celui dont l'inoculation ne peut tuer jusqu'à d'autres qui tuent toujours à coup sûr. Dans cette série ascendante les plus faibles serviraient de vaccin par rapport aux plus énergiques.

La Société d'agriculture de la Marne avait mis à sa disposition un troupeau de 60 moutons, plus 10 bœufs ou vaches. 10 moutons ont été réservés comme terme de comparaison; 24 autres, plus 1 chèvre et 6 vaches, furent inoculés deux fois, à douze jours de distance, avec du virus charbonneux affaibli. Ces derniers animaux, plus un nombre égal d'autres moutons et 4 vaches qui n'avaient pas subi de vaccination préalable, furent inoculés le 2 juin avec du virus charbonneux très énergique. Deux jours après, tous les moutons non vaccinés étaient morts ou mourants, tandis que les autres survivaient et paraissaient en bonne santé, sauf une brebis pleine, qui mourut quelques jours après.

Les vaches vaccinées, puis inoculées, se portaient bien; celles qu'on avait inoculées sans vaccination préalable étaient très malades, mais elles ne moururent point. M. Pasteur avait du reste annoncé d'avance que les vaches offraient à l'action du charbon une résistance beaucoup plus grande que les moutons. Ces expériences ont eu lieu devant une assistance très nombreuse et dans laquelle se pressaient un grand nombre de vétérinaires, qui tous se déclarèrent pleinement convaincus.

Le progrès à réaliser maintenant serait de découvrir et d'indiquer les caractères distinctifs de chaque microbe du charbon, du choléra des poules, de la variole, du typhus, de la syphilis, de la coqueluche et de la diphthérite, de la scarlatine, de la rougeole, etc.

Mais cela nous est interdit. L'inoculation seule indique la nature des microbes et comme le dit M. Pasteur, il est impossible de discerner par la forme l'espèce à laquelle on a affaire.

4015. — De la dissolution des fausses membranes de l'angine couenneuse par les applications locales de papaïne

Note de M. BOUCHUT, *présentée par M.* WURTZ.

J'ai montré depuis 1877, dans mes cours de clinique, à l'hôpital, et dans mes publications du *Paris médical* quelle était l'action dissolvante et peptonisante de la papaïne, extraite du *Carica papaya*, sur la fibrine humide à l'étuve, sur les helminthes ténias, ascarides et trichines, sur les fausses membranes du croup extraites par la trachéotomie. Ces expériences ont été l'objet d'une communication à l'*Académie* faite au nom de M. Wurtz et au mien au mois d'août 1879.

Voici le passage relatif à la dissolution des fausses membranes du croup et de la diphhtérite.

« Une autre application, dans mon service, a été la digestion rapide des fausses membranes du croup extraite par la trachéotomie et des helminthes, tels que ténias et lombrics rendus par les malades.

« Une fausse membrane de la trachée, épaisse, résistante, élastique, mise dans un tube à expérience, avec une solution de papaya au tiers, se dissout à froid en quelques heures, et en quelques minutes si l'on chauffe légèrement le tube sur la lampe à alcool. En 1877, 1878 et 1879, l'expérience a été faite à ma clinique devant de nombreux assistants. »

Depuis lors, ces études ont été poursuivies sur un grand nombre de malades. Elles ont démontré qu'on pouvait espérer d'obtenir par les applications de papaïne la dissolution et la digestion sur place des fausses membranes de la diphthérite.

Ce n'est sans doute pas la même chose de badigeonner avec la papaïne cette pellicule de fibrine adhérente sur les amygdales que de la faire tremper dans une solution mise à l'étuve et dans un verre. Mais la papaïne a des propriétés particulières communiquées par M. Wurtz à l'Académie dans la séance du 20 novembre 1880. Il lui a suffi de toucher et d'imprégner un instant la fibrine humide pour que celle-ci lavée ensuite à grande eau pendant plusieurs heures conserve la faculté de se dissoudre et de se transformer en peptone. C'est sur cette propriété fort extraordinaire que se base l'application de la papaïne au traitement de l'angine couenneuse et de la diphthérite cutanée. L'expérience semble défectueuse et elle l'est en réalité puisque sur les malades on n'imprègne la pellicule membraneuse que par le côté extérieur et non par la face interne ; mais même dans ces conditions défavorables elle réussit.

L'application doit être renouvelée à plusieurs reprises toutes les deux heures environ et on voit les fausses membranes s'amincir lentement, se désagréger et disparaître définitivement au bout de trois, quatre, et cinq jours.

Les fausses membranes ne fondent pas comme lorsqu'on les met baigner dans un verre à l'étuve : mais elles sont manifestement attaquées et se dissolvent graduellement.

Cela m'a paru suffisant pour encourager de nouvelles tentatives, et comme les cas sont toujours très nombreux, j'ai pu soumettre indistinctement et sans choix tous ceux qui se sont présentés à moi dans ma pratique et à l'hôpital.

Depuis le commencement de mes études j'ai traité ainsi 32 cas, enfants ou adultes, et n'ai eu que 4 morts. Un de ces malades avait en même temps une dipthtérite cutanée très épaisse du conduit auditif externe et un autre une conjonctivite pseudo-membraneuse.

Il m'a semblé que théoriquement et pratiquement ces faits sont dignes d'être présentés à l'Académie qui a déjà reçu nos communications précédentes sur la papaïne.

VARIÉTÉS. — MÉLANGES.

CLINIQUE MÉDICALE.

4016. — Tuberculose crétacée du pharynx.

La pharyngite tuberculeuse que M. Barth vient d'étudier récemment présente tous les caractères de la tuberculose miliaire dans les autres organes. Mais dans ce qui a été publié sur cette maladie il y a un point qui n'a pas été signalé et qui offre un réel intérêt. C'est la *transformation calcaire ou crétacée* des tubercules pharyngiens. J'en ai observé un exemple qu'on va lire, mais avant je vais résumer les symptômes des premières périodes du mal.

Si on examine la gorge, on aperçoit en un point ordinairement limité une ou plusieurs *petites éminences grisâtres*, acuminées, se détachant sur la surface rosée de la muqueuse. Ces petites saillies sont tantôt disséminées, écartées les unes des autres, et forment comme un semis à la surface de la luette et du voile du palais ; d'autres fois elles sont rapprochées, et forment par leur fusion une plaque irrégulière, à surface chagrinée, à contours vaguement arrondis.

Aux environs de la plaque, il n'est pas rare de voir d'autres points grisâtres ou jaunâtres, isolés, dont l'apparition, souvent très rapide, annonce une extension progressive des tubercules.

Période d'état. — Peu après le début de l'infiltration tuberculeuse de la gorge, les *ulcérations* prennent naissance avec une grande rapidité, et il est rare, lorsqu'on observe pour la première fois les malades, qu'il n'en existe pas déjà.

Tantôt les ulcérations sont peu nombreuses, étendues, superficielles ; leur surface, inégale et légèrement mamelonnée, rappelle l'érosion produite par un léger coup de râpe ; leur coloration est jaunâtre, piquetée de points gris et comme marbrée, leurs bords sont parfois végétants et font un relief marqué sur les parties saines environnantes.

Lorsqu'elles présentent ces caractères, les ulcérations occupent le voile du palais ou ses piliers, les amygdales, plus rarement les parois latérales et postérieures du pharynx ; elles se développent lentement, sont susceptibles de rester longtemps stationnaires et peuvent même, sous l'influence d'un traitement approprié, se cicatriser partiellement.

Plus souvent, la gorge apparaît couverte d'ulcérations disséminées, très petites, de forme lenticulaire et arrondie. Leur surface est grisâtre et semble couverte de muco-pus très adhérent ; leurs bords sont plats ou légèrement relevés. La muqueuse environnante est plus ou moins hyperémiée ou enflammée, souvent couverte d'une exsudation blanchâtre peu adhérente, et facile à enlever avec un pinceau.

Ces ulcérations succèdent aux petits tubercules qui envahissent la muqueuse, et souvent on peut voir de nouvelles granulations se développer par poussées successives, s'exulcérer et s'éliminer progressivement.

Dans les cas aigus, la généralisation se fait avec une extrême rapidité ; les ulcérations lenticulaires ainsi développées ont une grande tendance à l'accroissement ; en quelques jours et sous les yeux de l'observateur elles se creusent, s'élargissent, se confondent les unes avec les autres, et, de cette fusion, résultent des pertes de substance étendues, à fond plat, à bords irréguliers, formés par des segments de petits cercles. Souvent les lambeaux de la muqueuse, épargnés par l'ulcération, mais privés de moyens nutritifs, se mortifient, se détachent et tombent, laissant à nu le tissu sous-muqueux et la couche glanduleuse.

Quand les lésions sont arrivées à ce degré, la gorge ne présente plus qu'une surface uniformément grisâtre, tomenteuse, recouverte d'un pus concret et poisseux dans lequel s'arrêtent les débris alimentaires. Il y a gonflement de toutes les parties constituantes de l'isthme et du pharynx. Les ganglions du cou s'engorgent et deviennent douloureux. La douleur de gorge est extrême, la gêne de la déglutition excessive. Il y a une véritable parésie du voile du palais, une salivation abondante, et une certaine gêne de la parole. Le malade accuse souvent des douleurs d'oreilles accompagnées d'un certain degré de surdité.

Pendant le début, au moins, des redoutables accidents dont nous avons tracé le tableau, *l'état général* est ordinairement peu altéré, et souvent l'appareil respiratoire ne présente aucun symptôme de tuberculisation. Dans ces formes en apparence primitives et qui méritent mieux que les autres la dénomination de *phthisie gutturale*, le larynx n'est nullement altéré et la voix est simplement nasonnée. Beaucoup plus souvent, c'est pendant le cours d'une phthisie pulmonaire confirmée que se montre l'angine tuberculeuse, et l'apparition des accidents gutturaux est le signal d'une aggravation rapide des lésions pulmonaires qui prennent la forme aiguë ou galopante.

La terminaison est constamment fatale ; on ne connaît pas

jusqu'à présent d'exemples de guérisons de la tuberculose du pharynx. Elle peut amener la calcification comme dans le cas suivant :

Obs. — *Tuberculose crétacée du pharynx.*

M. X..., âgé de 26 ans, malade depuis trois ans, a eu des hémoptysies, tousse habituellement, crache épais, a de la fièvre revenant par accès, des sueurs nocturnes matinales, et a maigri d'une façon notable. Sa voix est enrouée et son appétit assez bon. Il mange et digère bien sauf quelques attaques de diarrhée.

Je lui trouve de la matité sous-claviculaire droite, une respiration rude avec léger retentissement de la voix, et quelques bulles de râle muqueux variables au même point. En avant, dans la fosse sus-claviculaire et en arrière dans la fosse sus-épineuse, il y a également quelques bulles de râle muqueux.

Le malade me dit cracher des pierres, et me montre dans un papier une notable quantité de détritus terreux, blanchâtre, râpeux, de volume variable, les plus gros ayant le volume d'un noyau de cerise. On dirait, à la couleur et à la sensation sous le doigt, de petits morceaux de *moellon tendre*. C'étaient évidemment des tubercules crétacés rejetés par l'expectoration ; et comme le malade était phthisique, je croyais avoir affaire à un de ces cas rares de *phthisie calculeuse* décrits par Morton et d'autres cliniciens.

Mais, en examinant le pharynx je constatai une large ulcération grisâtre, anfractueuse, couverte de mucus, de détritus caséeux et de masses calcaires enchatonnées. Cette ulcération à bords rouges, déchiquetés à pic, remontait derrière le voile du palais dans les arrières-fosses nasales et descendait assez bas. Elle est douloureuse et gêne notablement la déglutition. C'était, à ce que je pensais, une pharyngite tuberculeuse crétacée.

Je prescrivis de la *teinture d'iode appliquée localement* tous les deux jours et de l'*huile de morue à l'intérieur*.

Pendant plusieurs mois ce malade revint me voir, m'apportant chaque fois quelques petits fragments nouveaux de matière crétacée et me montrant un état de consomption croissant en rapport avec les progrès de la lésion pulmonaire. Je ne le revis plus. Il est certain qu'il a dû succomber, et je n'ai pu savoir si les pierres rejetées avec les crachats venaient exclusivement du pharynx et s'il n'en sortait pas des poumons.

Quoi qu'il en soit, c'est un fait curieux et qui complète l'histoire de la pharyngite tuberculeuse faite récemment.

4017. — Trachéotomie. Ulcération, par la canule, de la paroi de la trachée et du tronc brachio-céphalique artériel. M. P. Bruchet, interne des hôpitaux, a communiqué à la Société anatomique un fait semblable. — Le nommé D. P..., âgé de 32 ans, cocher, est atteint d'une sorte de laryngite qui, après avoir altéré la voix, avait peu à peu causé une grande gêne de la respiration : et c'est en raison de la dyspnée continuelle qu'accompagnaient un cornage bruyant et par instants des accès très menaçants de suffocation.

Le 2 avril, l'asphyxie étant devenue, malgré tout, imminente, la trachéotomie dut être pratiquée.

Aussitôt l'introduction faite de la canule, la respiration devint facile et complète, et, pendant toute la semaine qui suivit l'opération, le malade fut aussi bien que possible. Mais alors il est pris brusquement d'une hémorrhagie considérable; le sang est rendu à la fois par la canule, par la bouche et même par les narines; il est rejeté à très court intervalle avec un petit effort de toux ou simplement d'expulsion, et le soir à sept heures l'hémorrhagie reparaît, foudroyante, et amène la mort.

On constata une ulcération de toute l'épaisseur de la paroi de la trachée, sous la pression de la canule qui reposait sur le tronc brachio-céphalique au moment où il croise la trachée. Il en était résulté une ulcération de ce gros vaisseau qui présentait sur sa face antérieure et près de la naissance de la carotide primitive, une perte de substance du diamètre d'une lentille. Les tuniques de l'artère étaient saines, et c'est bien au contact de sa paroi peu à peu dénudée, avec le corps étranger constitué par la canule, qu'est due l'altération dont elle a été le siège.

4018. — Le parasite des oreillons. — Encore une maladie parasitaire! A la *Société de biologie*, MM. Capitan et Charrin, se basant sur les analogies cliniques, nature épidémique et immunité ultérieure, que présentent les *oreillons* avec les maladies infectieuses, ont été amenés à rechercher l'existence de microbes dans les liquides provenant de malades atteints de cette affection. Ils ont recueilli, avec les précautions d'usage, du sang, de la salive et de l'urine de six malades. Dans le sang de tous ils ont constaté la présence de microbes en grand nombre, la plupart sphériques, parfois allongés en bâtonnets, mobiles et en général assez petits. Quant à la salive, ils ont constaté, comme dans l'état normal, une grande variété de microbes parmi lesquels le plus grand nombre rappelaient ceux du sang. L'urine, dans ces six cas, ne renfermait ni albumine, ni sucre, et pas trace de microbes.

Des préparations de sang ont été examinées par plusieurs membres de la Société, qui ont nettement constaté les particularités indiquées dans cette communication.

Si cela est vérifié par d'autres observateurs et si la nature de ces microbes est déterminée d'une façon plus précise, la découverte est des plus importantes.

Jusqu'ici on ne savait trop quelle était la nature de cette maladie, et la dernière explication de cette maladie que j'ai donnée était que par suite d'un catarrhe buccal propagé au canal de Sténon et amenant son obstruction, il y avait une rétention salivaire parotidienne. De là les oreillons simples et en cas de typhus les oreillons septicémiques. Mais si ce fait explique le gonflement parotidien, il ne rend pas compte de la contagion et de l'épidémicité. A cet égard, la découverte de microbes spéciaux voltigeant dans l'air et amenant la maladie des parotides serait une véritable révélation. E. B.

4019. — De la croissance dans les maladies aiguës. — Dans l'enfance et dans la jeunesse jusqu'à 20 et 22 ans, les maladies aiguës, chez les femmes l'accouchement, amènent souvent des phénomènes de croissance très curieux. Je les ai indiqués dans mon *Traité des maladies de l'enfance* (7[e] édition). Dans ces phénomènes il faut distinguer la croissance apparente de la croissance réelle. Ainsi, je viens de soigner un jeune homme de 22 ans, pour une péricardite aiguë qui a guéri. Il avait 1[m],810, et après un mois de lit comme il me disait avoir grandi je le fis mesurer. Il avait 1[m],830, ce qui faisait un accroissement de 2 centimètres. Je le fis mesurer un mois plus tard, et il n'avait plus que 1[m],815. Il avait donc eu en apparence un accroissement de 2 centimètres qui s'est réduit à une croissance réelle de 5 millimètres. Et je n'affirme pas que ces 5 millimètres ne disparaissent pas par la fatigue ultérieure.

Voilà les faits. Ils sont nombreux; quant à l'explication, elle est fort simple. Par le long séjour au lit d'un enfant, les cartilages intervertébraux non pressés par l'attitude verticale se dilatent et allongent la colonne vertébrale en tiraillant même la moelle, puisque l'élongation peut être de 2 centimètres.

Après guérison, quand le jeune homme se lève, la pesanteur de la tête et du tronc tasse de nouveau les disques intervertébraux, et la taille raccourcie revient à son état antérieur.

Ce fait se rattache à ceux des conscrits qui, ayant juste la taille nécessaire au recrutement, font des fatigues excessives huit jours avant la révision, pour perdre quelques millimètres et se mettre dans le cas d'être réformés.

4020. — **Action des médicaments absorbés par la mère sur le fœtus**, par Kubassow. — L'auteur a observé, au moyen du microphone, l'influence produite sur les battements du cœur du fœtus, par les substances administrées à sa mère.

Le chloral et le chloroforme activent d'abord les mouvements du cœur fœtal, puis les ralentissent et les affaiblissent considérablement. Ils agissent au bout de cinq à dix minutes; le chloral est le plus énergique, surtout administré en lavement. On en retrouve du reste des traces dans le sang du cordon ombilical. De plus, le chloral, au bout de deux ou trois heures, provoque un abaissement de la température maternelle.

L'opium et ses alcaloïdes produisent aussi le ralentissement et l'irrégularité des battements cardiaques du fœtus. Leur action est plus tardive que celle du chloral et du chloroforme, mais elle dure plus longtemps. L'opium agit plus rapidement en potion qu'en lavement. Les substances administrées à la mère se répartissent entre celle-ci et le fœtus proportionnellement à leur masse.

D'où l'on voit que l'on ne saurait, sans danger pour l'enfant, administrer à une femme enceinte plus de 2 gr. de chloral, 1 gr. de laudanum ou 0 gr. 015 de morphine à la fois. Au bout de quinze minutes, 5 pour 100 des substances ci-dessus passent dans le sang du fœtus. (Thèse de Kiew. *Centralblatt für Gynækologie*, février 1881.) M. M.

4021. — **Flux menstruel par les reins chez une petite fille.** — Il s'agit d'une petite fille de 8 ans, dont les parents sont jardiniers dans un château, et d'une bonne santé. Cette petite fille, aux cheveux noirs, était duveté assez abondamment et présageait certainement devenir une femme à barbe.

Elle était hermaphrodite, c'est-à-dire que le clitoris était très développé et le vagin imperforé, le mont de Vénus couvert de poils noirs très longs et très abondants.

Je fus appelé à la soigner pour un pissement de sang tous les vingt-cinq jours et durant chaque fois quatre ou cinq jours.

Il était précédé, accompagné et suivi d'une fièvre fort vive. L'examen des urines me décéla la présence de beaucoup d'albumine. Cette albuminurie précédait, accompagnait et suivait le pissement de sang, mais cédait assez promptement un ou deux jours après, de même que la fièvre, qui était très intense.

La petite fille a succombé à cette affection bizarre, dont les accès devenaient chaque fois plus graves et plus intenses.

J'ai pensé, et M. Notta, qui a vu une fois l'enfant, pense aussi, que c'était un flux menstruel se faisant par les reins.

Il eût été curieux de constater, par l'autopsie, l'absence ou la présence des ovaires; mais cet examen fut malheureusement impossible. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

4022.—**Arrachement de toute la matrice par une sage-femme; guérison.** — Une femme de 29 ans était accouchée facilement d'un neuvième enfant, lorsque la sage-femme, en tirant pour extraire l'arrière-faix, déchira le cordon. En conséquence, elle fit l'extraction manuelle du placenta. Comme celui-ci lui parut très petit, elle introduisit à nouveau la main et, au milieu de douleurs atroces, d'une hémorrhagie très forte suivie d'une faiblesse de l'accouchée, elle retira une tumeur qui n'était autre chose que l'utérus non renversé.

Le médecin alors appelé constata l'accident et, grâce à un traitement désinfectant, obtint la guérison de la pauvre malheureuse.

L'utérus avait été extrait avec les trompes et une grande partie des ligaments larges, car les ovaires étaient restés. Néanmoins ils ne fonctionnèrent plus. La femme a nonobstant conservé les penchants sexuels et est parfaitement portante. Elle ne fut alitée que pendant trois semaines. Un an plus tard elle éprouva une polydipsie colossale avec une polyurie proportionnée. Elle buvait tous les jours de 15 à 20 litres de liquide. Quant à l'urine, elle avait conservé ses caractères physiologiques. Cet état s'amoindrit et disparut au bout d'un an.

Quelques cas analogues ont déjà été signalés. (*Annales de Gynécologie.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

4023. — **Académie de médecine** (14 juin). — *Des ptomaïnes.* — M. Brouardel lit, en son nom et en celui de M. Boutmy, une nouvelle note sur les ptomaïnes, d'où il résulterait que les alcaloïdes ne se développaient pas seulement sur les cadavres, mais encore sur les individus vivants, sous l'influence de certains processus morbides, et plus particulierement dans les affections septiques.

Les matières albuminoïdes pouvant aussi donner lieu au développement des ptomaïnes, il est essentiel de pouvoir les distinguer. Le cyanoferride de potassium n'est pas le seul corps qui puisse réduire les ptomaïnes, le bromure d'argent possède aussi cette propriété.

M. Armand Gauthier réclame pour lui la priorité dans la découverte de ces ptomaïnes, priorité qui ne lui est pas contestée.

Si la production des ptomaïnes est un fait physiologique, les alcaloïdes, contrairement à la ptyaline et à la pepsine, ne sont pas détruits, quand on les porte à une température de 100°.

M. Woillez lit un rapport sur un travail présenté par M. Collin, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré (Nièvre).

Dans ce travail le Dr E. Collin expose un moyen certain de reconnaître à l'auscultation la nature arthritique des affections pulmonaires.

Lorsque le rhumatisme attaque le poumon, dit l'inspecteur de Saint-Honoré, la plèvre est attaquée en premier lieu.

Il survient alors une pleurésie sèche qui, dans la majorité des cas, est localisée à la partie externe et moyenne du thorax.

On perçoit alors sur le milieu d'une ligne partant du creux axillaire et se dirigeant vers les fausses côtes un bruit simulant le râle crépitant du premier degré de la pneumonie.

C'est à ce bruit essentiellement migrateur, et perçu plus souvent à droite qu'à gauche, que le Dr Collin a donné le nom de *froissement arthritique*.

Des râles sous-crépitants peuvent accompagner ce *froissement arthritique*, c'est qu'il existe alors un état congestif des vésicules pulmonaires les plus rapprochées de la localisation pleurétique.

Ce signe peut rendre de grands services tant au point de vue du diagnostic des affections chroniques du poumon, qu'au point de vue des affections étrangères au poumon, pourvu que le

rhumatisme ait attaqué précédemment le poumon, et y ait laissé des traces de son passage.

Expériences sur la vaccination charbonneuse. — M. Pasteur rend compte des expériences qu'il a faites à Pouilly-le-Haut. La Société d'agriculture de Melun avait mis à sa disposition 58 moutons et 2 chèvres d'âge et de race différents, plus 10 animaux de race bovine. Le 5 mai, on inocula 24 moutons, 1 chèvre et 6 vaches avec du virus atténué ; on répéta ces inoculations le 17 mai. Le 31 mai on se servit d'un virus très violent. Les anciens inoculés le 5 et le 17 mai ont subi, sans être incommodés, les inoculations du 31 mai ; les animaux non inoculés le 5 et le 17 ont succombé à l'inoculation du 31 mai. Une brebis est morte, il est vrai, mais elle était pleine ; le produit était mort depuis quelque temps déjà et les vétérinaires ont déclaré qu'elle n'était pas morte du charbon.

Ces expériences ont été faites en présence de plus de 300 personnes.

M. Colin se propose de répondre dans la prochaine séance.

L'Académie a élu un membre associé en remplacement de M. Peisse. M. Marjolin a été élu au premier tour de scrutin.

4024. — Société de chirurgie (15 juin). — *Pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne; traitement.* — M. Delens résume ainsi son rapport sur l'observation envoyée par M. Dieu : Une petite fille de 7 ans lui est amenée, portant une grenouillette sublinguale, qui a été excisée et cautérisée. Au bout de deux mois, récidive dans la région sus-hyoïdienne. Trois mois après l'excision et la cautérisation, il y eut récidive en bas. M. Dieu préféra alors exciser le kyste, ce qu'il fit le 8 avril dernier. Il constata que la poche faisait hernie à travers les muscles génio-glosse et génio-hyoïdien. Quelques jours après, la guérison était parfaite et il ne restait qu'une cicatrice linéaire. Cette observation démontre que la grenouillette sus-hyoïdienne peut résulter de la migration, à travers les fibres musculaires du plancher de la bouche, d'un kyste développé dans la cavité buccale.

M. Trélat excise d'un coup de ciseau les petites grenouillettes. Quand elles sont plus volumineuses, il les traite par la ponction et l'injection iodée.

M. Després traite les grenouillettes par le drainage, quelle que soit leur nature. Ce traitement répondrait à toutes les indications.

M. Verneuil a essayé bien des choses contre la grenouillette, et a réussi et échoué par tous les procédés. Il y a deux ans, il a reçu dans son service une jeune femme qui avait été déjà opérée de sa grenouillette. Il établit une section lente de manière à créer une fistule. Avec une aiguille courbe ordinaire, contenant un fil d'argent, il a traversé la grenouillette. En nouant ces deux fils d'argent à quelque distance l'un de l'autre, il a ainsi préparé la section lente d'une certaine partie de la poche. La section a duré cinq à six jours, mais alors l'ouverture résultant de la section des deux fils d'argent était béante.

Au lieu de fils d'argent, on peut employer des fils de caoutchouc assez forts. Ce procédé a donné trois guérisons sur trois cas.

M. Le Dentu rappelle le procédé de M. Th. Anger. Il prend du chlorure de zinc à l'état de déliquescence, met ce chlorure de zinc dans une seringue de Pravaz et injecte deux gouttes de liquide dans la grenouillette sans l'avoir vidée. Ce traitement réussit toujours. Une réaction inflammatoire vive s'ensuit, mais n'est nullement dangereuse. L'inflammation disparaît au bout de cinq ou six jours, et après dix jours la guérison est obtenue.

Pour les petites grenouillettes, une goutte suffit. Pour les grenouillettes du volume d'une noix, deux gouttes. Si la grenouillette est très tendue, il est préférable de retirer un peu de liquide, parce que la réaction inflammatoire paraît être en rapport avec la tension de la poche.

M. Gillette n'est pas partisan du procédé de M. Th. Anger qui n'est pas si indolent qu'on le dit. Il cite à l'appui une malade de Beaujon, qui à la suite d'une injection de trois gouttes, faite par M. Th. Anger, éprouvait des douleurs telles qu'elle voulait se jeter par la fenêtre M. Gillette ayant vu la grenouillette récidiver, fit l'opération par excision et la malade guérit.

M. Tillaux revient à la communication de M. Dieu qui recherche surtout la pathogénie de la grenouillette. Giraldès admettait deux sortes de grenouillettes provenant, les unes de la glande sous-maxillaire, les autres de la glande sublinguale. Actuellement cette opinion est abandonnée.

Dans le cas de M. Dieu, M. Tillaux croit avec M. Després qu'il s'agit d'une hydropisie de la bourse muqueuse de Fleischman.

M. Tillaux a traité récemment un jeune médecin espagnol par l'excision et la cautérisation, ce procédé a toujours réussi et n'a donné lieu à aucun accident.

M. Trélat recommande surtout de mettre tous les points de la poche en contact avec un caustique suffisant pour la modifier.

Plaies du pénis par armes à feu. — M. Forget a observé l'an dernier un jeune homme de 20 ans, qui venait de se faire imprudemment une blessure du pénis. Il y avait une plaie du scrotum à son point de jonction avec la verge; une autre plaie occupait toute l'épaisseur du fourreau de la verge au niveau du cul-de-sac du prépuce. Il existait un orifice d'entrée de la balle à ce niveau et une plaie de sortie très près du méat urinaire. Le malade portait habituellement un revolver chargé dans la poche de son pantalon, et c'est en jouant imprudemment pendant qu'il était à table qu'il s'était fait cette blessure. Le canal paraissait intéressé; dans la crainte d'une infiltration d'urine, on laissa une sonde à demeure. Au bout de quelques jours, en retirant la sonde, on vit l'urine sortir de la plaie ; la sonde était très difficilement supportée, le malade avoua alors qu'il était à peine guéri d'une blennorrhagie. Cependant au bout de sept semaines la guérison devint définitive et elle a persisté.

4025. — Société médicale des hôpitaux (10 juin). — *Rein amyloïde sans albuminurie.* — M. Straus rappelle que dans la lésion désignée sous le nom de rein amyloïde on trouve ordinairement de l'albumine dans les urines. M. Lecorché a émis l'opinion que l'albuminurie n'était pas un phénomène constant. Quatre observations sont à l'appui de son opinion. M. Straus vient d'en observer une cinquième.

Une femme tuberculeuse était depuis longtemps dans le service de M. Grancher, lorsque M. Straus prit ce service. Cette femme était en outre pleurétique, et on lui avait plusieurs fois pratiqué la thoracentèse pour un épanchement considérable. Cette femme avait en outre une hypertophie du foie, de la rate, en un mot tous les signes caractéristiques de la dégénérescence amyloïde des viscères abdominaux.

On avait presque journellement analysé ses urines ; jamais on n'avait trouvé d'albumine. Elle mourut le 5 mai, et à l'autopsie on put constater, par la réaction iodique, la dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, du rein, etc.

Les lésions du rein expliquent pourquoi il n'y avait pas d'albumine dans les urines. Les artères adhérentes et les glomérules étaient à peine altérés ; quelques anses vasculaires étaient atteintes : dégénérescence complète de la substance médullaire et des vasa recta. La filtration de l'albumine, se faisant au niveau

du glomérule, ne pouvait avoir lieu ; d'où l'absence d'albuminurie.

Anatomie pathologique de la lèpre. — Voici, d'après ce qu'a observé M. Cornil, les résultats de l'examen histologique de la lèpre.

Dans la peau, au niveau du tubercule qui n'est pas ulcéré, l'épiderme était conservé mais plus uni qu'à l'état normal. Au niveau du tubercule, les papilles du derme sont atrophiées, le derme est infiltré par des cellules qui viennent des globules blancs du sang, cellules grosses, aplaties, ayant un ou deux noyaux. Avec le carmin on aperçoit de petits grains transparents et réfringents, et à l'aide d'un grossissement de 600 diamètres, on voit de petits bâtonnets, qui sont des bactéries. Ces éléments, de teinte bleuâtre naturelle, sont disposés irrégulièrement dans la cellule faisant saillie dans les sinus environnants.

Depuis longtemps, on a découvert des bactéries dans les sinus de la lèpre, mais il n'est pas encore admis que ce soit la présence de ces parasites qui constitue la maladie.

Les bacteries ne pénétrant jamais dans l'épiderme, cette circonstance diminue les chances de contagion.

COMPENDIUM DE THÉRAPEUTIQUE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

4026. = **Traitement de différentes maladies des reins :** 1° *mal de Bright chronique par la fuchsine* ; 2° *néphrite scarlatineuse par la pilocarpine.*

1° Après avoir passé en revue l'historique du traitement de la maladie de Bright par la fuchsine, le professeur Bamberger rapporte deux faits observés chez des malades de sa clinique avec des précautions assez minutieuses pour permettre de porter un jugement motivé sur la valeur du médicament. Il faut en effet, pour cela, que l'on ait affaire à des albuminuriques traités sans succès par d'autres moyens; c'était le cas pour ses deux malades : ils furent soumis constamment au même régime. La quantité d'urine excrétée en vingt-quatre heures était recueillie dans un vase de verre hermétiquement fermé. Les recherches ont porté sur la quantité, sur la densité, la réaction (papier de tournesol), la quantité d'urine et d'albumine rendues en vingt-quatre heures; ces recherches ont été faites dans le laboratoire du professeur Ludwig. Après que les malades eurent été tenus six à huit jours au même régime, on donna la fuchsine en pilules de 0 gr. 02 chacune (5 pilules le premier jour, et augmentant d'une tous les jours jusqu'à 15, c'est-à-dire 0 gr. 30 de fuchsine). Après qu'ils eurent pris ces doses pendant un certain temps, on cessa l'usage de la fuchsine.

Huit à quatorze jours plus tard on examina l'urine, puis la recherche fut abandonnée.

Le premier des deux individus observés était un domestique âgé de 53 ans qui faisait remonter le début de sa maladie à six semaines avant son entrée à la clinique. Après avoir porté un lourd fardeau, il avait ressenti de violentes douleurs dans les reins et le sacrum. Huit jours plus tard, tremblement des extrémités et céphalalgie. Apporté sans connaissance à l'hôpital. Depuis son entrée, il eut plusieurs accès d'urémie.

22 octobre. Transporté dans le service de clinique; intelligence normale, pas de phénomènes subjectifs. Hypertrophie cardiaque. Élévation de la tension artérielle, un peu d'œdème des malléoles. Polyurie légère; urine pâle, faiblement acide, contenant beaucoup d'albumine. Dans le dépôt, quelques cylindres hyalins.

Du 24 octobre au 1er novembre régime constant et médicament indifférent. Du 2 novembre au 4 décembre fuchsine. Du 2 au 14, 5 pilules avec augmentation d'une tous les jours jusqu'à 15; à partir de ce moment, 15 pilules par jour. On cesse le traitement le 4 décembre et il ne prend plus à partir de ce jour-là qu'un médicament indifférent.

L'état de ce malade à sa sortie de l'hôpital était assez satisfaisant pour qu'il pût reprendre ses occupations.

Le second malade, un ouvrier tanneur âgé de 51 ans, croyait que son affection avait été produite par un refroidissement auquel il avait été soumis dans le cours du mois d'août de l'année 1880. Immédiatement, accidents fébriles. L'urine notablement diminuée en quantité était, d'après le dire du malade, aussi noire que du café.

Œdème des extrémités inférieures. Plus tard, ces phénomènes disparurent, et il ne resta que de l'amaigrissement et de la faiblesse. Admis à la clinique le 2 décembre, on ne trouve rien du côté des viscères. Pas d'œdème. Polyurie. Densité faible. Légère albuminurie. Le sédiment renferme des cylindres en faible quantité et même des globules rouges qui disparurent après que le malade fut resté quelques jours à l'hôpital.

Du 8 au 15 décembre médicament indifférent; du 16 décembre au 19 janvier, fuchsine; à partir du 19 janvier la dose fut portée à 15 pilules. Le 20 janvier on cesse, et le malade reprend un médicament indifférent. Lorsque le malade quitta l'hôpital son état s'était notablement amélioré. Son poids avait augmenté de 6 kilogr.

Ces deux malades eurent durant le traitement un symptôme que l'auteur met sur le compte de la fuchsine : une céphalalgie persistante qui disparut spontanément chez le premier, mais qui dura chez le second jusqu'à la cessation du médicament. Il y eut en même temps que la douleur de tête des vomissements chez le second malade, et cela au moment où il prenait de 5 à 10 pilules ; la quantité d'urine diminua, tandis que l'albumine et les globules rouges augmentèrent; on dut suspendre pendant deux jours l'usage de la fuchsine pour élever ensuite plus lentement les doses.

Comme les préparations de fuchsine renferment de l'arsenic, on a vérifié très soigneusement celle qui a été employée à ce point de vue. On retrouve la fuchsine, même quand elle a été donnée en pilules et à très petites doses.

Des travaux renfermant le résultat de cette recherche, l'auteur conclut : qu'en ce qui regarde l'action de la fuchsine sur l'albuminurie, elle l'a diminuée dans les deux cas; dans le premier surtout d'une façon remarquable. Bamberger n'affirme pas que ce résultat avantageux soit dû au médicament seul; il est possible que le repos au lit, l'amélioration de la nutrition générale y aient été pour beaucoup. Ce qui tendrait à le faire croire, c'est qu'après l'élimination de la fuchsine la diminution de l'albumine persista. On ne saurait non plus lui accorder de propriétés diurétiques car la quantité d'urine en vingt-quatre heures fut la même pendant, avant et après la médication. (*Paris médical* d'après *Wiener med. Blätter*, n° 18, 1881, et *Allg. Centralzeit.*)

2° M. H. Seeman a eu l'occasion d'observer une épidémie de scarlatine qui s'accompagna souvent de néphrite et d'hydropisie. Dans 9 cas, on employa la pilocarpine après que tous les autres moyens avaient échoué, 5 cas disparurent après 2 ou 3 injections de 5 milligr. à 1 centigr. de chlorhydrate de pilocarpine. Dans 4 cas survinrent des complications ; dans un autre, des phénomènes d'intoxication urémique ; dans 2, des symptômes pneumoniques ; dans 4 de la bronchite. L'auteur résume comme il suit les indications résultant de ces observations :

1° Dans la néphrite scarlatineuse le chlorhydrate de pilocarpine a été utile et souvent salutaire, quand d'autres moyens employés jusqu'ici avaient été infructueux : on devra y avoir recours dans les cas graves.

2° Quand, grâce à la pilocarpine, les phénomènes hydropiques sont en voie de disparition et qu'on doit laisser à la nature le soin d'achever la guérison, on s'exposerait, si l'on employait de nouveau à ce moment la pilocarpine, à produire des phénomènes d'urémie en déterminant une résorption trop rapide de la sérosité de l'hydropisie.

3° Il faut surveiller soigneusement l'état des organes respiratoires après l'emploi de la pilocarpine; si le mucus bronchique sécrété en quantité exagérée est mal expectoré, si on voit apparaître des symptômes de pneumonie, il faut cesser l'emploi du médicament. (*Paris médical* d'après *Zeitschr. f. Klin Med.*, 2, 3, 1881.)

4027. = Emploi du gelsémium contre le prurit. — Le Dr Duncan Bulkley fait connaître, dans le *New York Medical*, les résultats qu'il a obtenus de l'emploi contre le prurit du gelsémium, déjà employé avec succès contre l'asthme spasmodique et dans certains cas de névralgie faciale.

Le gelsémium amène un engourdissement de la peau, avec détente dans l'appareil musculaire.

L'auteur emploie la teinture de gelsémium de 3 à 10 gouttes toutes les deux ou trois heures, jusqu'à production des effets cherchés.

Les plus petites doses qui aient pu causer des accidents sont : 3 gr. 50 chez l'adulte et 21 gouttes chez l'enfant.

Ce remède a surtout donné de très bons résultats contre l'eczéma.

4028. = Hémianesthésie guérie à la suite d'une infusion de jaborandi, par Grasset. — Il s'agissait d'une hémianesthésie gauche, datant de plus de dix ans, supprimée sans transfert dans le membre inférieur gauche par des vésicatoires qui ont eu là leur influence æsthiogène, mais persistant dans le reste de la moitié gauche du corps. Une infusion de 6 grammes de jaborandi, qui produisit une diaphorèse totale, de la salivation, des vomissements, acheva le retour de la sensibilité. (*Journ. thérapeutique* n° 1, p. 1, 1880.)

BIBLIOGRAPHIE.

4029. — Etude des néphrites, par M. Brault.

Si l'on veut avoir une idée de la confusion histologique qui règne actuellement dans la science sur l'albuminurie et les variétés d'altérations des reins qui en sont la cause, on n'a qu'à lire le mémoire intéressant et bien fait de M. Brault. Ce n'est pas la faute de l'auteur, qui est très compétent, si le sujet est confus, c'est l'abus de la méthode employée et la perte de l'intelligence égarée dans le monde des infiniments petits. Après avoir lu ce travail, on en revient avec bonheur à la première conception des formes de l'albuminurie telle que l'ont indiquée Bright et Rayer.

Appeler le premier degré de la néphrite albumineuse, néphrite passagère, n'est pas une heureuse innovation, c'est le commencement de la néphrite parenchymateuse, qui est le second degré du mal pour Rayer et de la néphrite interstitielle qui en est le troisième. Quant aux néphrites mixtes, mélange du second et du troisième, c'est une création anatomique absolument mauvaise au point de vue médical.

Quoi qu'il en soit, M. Brault qui a eu conscience de toute cette confusion et qui le dit, expose avec soin, pour la néphrite catarrhale :

1° *Les modifications du système vasculaire du rein.* — Les gros vaisseaux et les capillaires présentent quelquefois des cellules endothéliales volumineuses et saillantes dans la lumière du conduit; à cette couche adhérent de place en place des amas de globules blancs.

2° *Les modifications des tubes contournés et des branches montantes de l'anse de Henle.* — Les cellules sont augmentées de volume, turgescentes et très granuleuses. Elles sont limitées à leur extrémité libre soit par un bord réfringent et à apparence striée, soit par une extrémité claire. Elles présentent également dans l'intérieur de leur protoplasma des points clairs qui marquent le début de la sécrétion intra-cellulaire et de la transformation cavitaire.

La lésion évoluant, on voit les extrémités claires se détacher des cellules et tomber dans la lumière des tubes pour constituer des exsudations intra-tubulaires de nature variée. Peu à peu l'exsudation augmentant, le tube se dilate. A peu près à la même époque, il est fréquent de trouver dans une cellule, deux, trois ou même quatre noyaux. Plus tard les bords libres des cellules s'effacent, et les exsudats intra-tubulaires, refoulant excentriquement leur protoplasma, réduisent le revêtement cellulaire à l'état d'une membrane contenant un nombre considérable de noyaux serrés les uns contre les autres. Cette membrane a conservé néanmoins une assez grande épaisseur, mais les séparations des cellules ne sont plus visibles.

Ce n'est que dans les cas les plus avancés que l'on constate de fines granulations graisseuses rangées près de la base d'implantation de la cellule à la paroi.

3° *Les modifications de la branche descendante des anses de Henle, des tubes droits et des tubes collecteurs.* — On trouve dans la lumière des conduits les éléments agglomérés ou les cylindres venus de la partie supérieure des tubes contournés.

Les tubes de Henle, et les tubes collecteurs surtout, présentent en outre une multiplication de leurs cellules, qui sont tassées les unes contre les autres.

Toutes ces lésions sont celles d'une inflammation catarrhale franche.

4° *Modification des glomérules.* — Au début, l'épithélium de revêtement et l'endothélium vasculaire se tuméfient, leurs noyaux deviennent très apparents. Consécutivement à cette altération, on peut voir survenir, soit l'issue du sérum du sang pur, soit, si la lésion est plus intense, l'extravasation des globules rouges et des globules blancs. Dans tous les cas, cette lésion explique naturellement le passage de l'albumine dans l'urine.

Sous l'influence de l'exsudation glomérulaire, le bouquet vasculaire pout se trouver refoulé et aplati contre la paroi. La cavité du glomérule peut être occupée en partie par un exsudat analogue à celui des tubes contournés et contenant des boules grisâtres grenues ou réfringentes.

Mais l'exsudat peut être simplement gris homogène; il est constitué alors par du sérum sanguin coagulé. Il peut contenir enfin des éléments figurés (globules blancs et globules rouges sortis des vaisseaux) ou des cellules de revêtement des anses qui se sont détachées.

Le glomérule peut être complètement noyé dans un exsudat grisâtre ou dans un foyer hémorrhagique; cette dernière altération est rare.

Les cellules de la capsule de Malpighi sont volumineuses, leur noyau fait saillie dans la cavité glomérulaire. Elles peuvent se détacher complètement et contribuer à la formation de l'exsudat.

Bientôt on verra se constituer au sein de ces amas cellulaires les premiers rudiments d'un tissu fibreux jeune.

C'est ainsi que débute la transformation fibreuse des glomérules.

5° *Modification du tissu conjonctif.* — Quant aux lésions du tissu conjonctif, elles sont des plus minimes au début; il y a quelquefois issue de globules blancs, mais sans inflammation interstitielle proprement dite.

Les altérations vraies du tissu conjonctif ne surviennent que plus tard. Elles ont alors, comme point de départ, l'inflammation glomérulaire et elles rayonnent autour des vaisseaux qui aboutissent aux glomérules dont la transformation fibreuse s'opère. Les petites artérioles correspondant aux glomérules atteints présentent à leur voisinage de l'endartérite, quelquefois une oblitération complète.

A l'intensité près, toutes les néphrites parenchymateuses ont un début analogue.

D'après M. Brault, *dans la néphrite parenchymateuse* qui succède à la néphrite catarrhale, les lésions sont les mêmes mais plus caractérisées.

Les cellules de revêtement ont subi toutes les modifications indiquées plus haut (turgescence, multiplication nucléaire, contenu colloïde, état cavitaire, etc.). Les exsudats intra-tubulaires sont très abondants et très variés; ils sont à peu près les mêmes que ceux dont nous avons déjà parlé, mais il existe davantage de cylindres et de globules graisseux. Ces exsudats, mal indiqués dans les néphrites catarrhales, avaient attiré il y a déjà longtemps l'attention des histologistes dans les néphrites parenchymateuses.

L'aggravation de la lésion porte surtout sur le tissu conjonctif. Un certain nombre de glomérules sont presque totalement fibreux ou chroniquement enflammés; en même temps, on remarque un épaississement de la paroi amorphe des tubes et du tissu conjonctif intertubulaire. C'est surtout au voisinage des glomérules ou des artérioles qui les avoisinent, que ce travail inflammatoire se produit. Les artérioles présentent par places, soit de la périartérite et de l'endartérite; l'endartérite peut être oblitérante.

Dans les formes franchement inflammatoires, ces détails ne sont pas douteux; en même temps il existe peu ou pas de dégénérescence graisseuse des cellules.

Enfin, *dans la néphrite interstitielle* il n'y a pas toujours d'altérations épithéliales ou tubaires, ou du moins, dans quelques circonstances, ces lésions peuvent être minimes.

Et, en effet, l'élément le premier atteint et atteint chroniquement est l'élément vasculaire de l'organe. C'est par le vaisseau que débute l'inflammation, c'est du vaisseau qu'elle rayonne.

Les cellules peuvent présenter toutes les altérations (turgescence, état cavitaire, augmentation de volume, etc.) que l'on rencontre dans les néphrites parenchymateuses ordinaires.

Tous les degrés d'irritation ou d'altération cellulaire s'y rencontrent jusqu'à la dégénérescence graisseuse la plus avancée.

Les altérations exsudatives sont également les mêmes, elles produisent des dilatations tubaires, parfois considérables, qui reconnaissent pour cause une constriction ou un étranglement du tube dans un point situé en aval de la lésion.

La membrane propre des tubes contournés et des tubes de Henle est fréquemment d'une épaisseur double ou triple de l'épaisseur normale.

Au niveau des glomérules on constate également un épaississement énorme de la capsule glomérulaire, elle est entourée souvent par une zone fibreuse assez épaisse.

Entre la membrane propre et le glomérule on trouve des cellules aplaties séparées par des faisceaux fibreux fins. Ces cellules représentent les anciennes cellules de la capsule de Malpighi et qui sont devenues partie intégrante de la membrane d'enveloppe.

En résumé la néphrite interstitielle se caractérise principalement à sa période d'état par des dilatations tubaires énormes, des kystes de dimensions variées, et des lésions épithéliales et exsudatives absolument identiques à celle de la néphrite parenchymateuse.

A ce sujet, M. Brault admettant que dans cette forme il y a souvent hypertrophie du cœur et lésion des petites artères, se demande si la néphrite interstitielle est un effet de la lésion du cœur, d'où le *rein cardiaque*, ou seulement sa cause comme on l'a cru jusqu'à ce jour. Mais il ne se prononce pas et fait bien, car ce point d'étiologie n'est pas encore élucidé.

NOUVELLES.

— *Mortalité à Paris.* — Population d'après le recensement en 1876, 1,988,806 habitants, y compris 18,380 militaires. Population probable de 1881 : 2,020,000. — Du jeudi 9 au mercredi 16 juin, les décès ont été au nombre de 1,047. Ils sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde, 17.—Variole, 16.—Rougeole, 13.—Scarlatine, 9.—Coqueluche, 13.—Diphthérie, Croup, 52.—Dysentérie, 1.—Erysipèle, 13.— Fièvre puerpérale, 3.—Méningite, 54.—Phthisie pulmonaire, 186.—Tuberculose, 13. — Autres affections générales, 65. —Débilité des âges extrêmes, 65. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 61.— Entérite de l'enfance, 90. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 111;— de l'appareil circulatoire, 60; — de l'appareil respiratoire, 65; — de l'appareil digestif, 36; — de l'appareil génito-urinaire, 23; — de la peau et du tissu lamineux, 6. — Os et articulations, 9.—Morts violentes, 34.— Causes non classées, 5. —Nombre absolu de la semaine, 1,047.

Résultats de la semaine précédente, 1,098.

— JARDIN D'ACCLIMATATION.— On trouve dans cet établissement, qui porte à domicile, du lait d'excellente qualité pour les enfants qui sont obligés d'être nourris au biberon ou qui prennent des soupes au lait.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Médecine vieille et médecine nouvelle, introduction au cours de thérapeutique, avec une préface pour l'édition française, par le Dr MARIANO SEMMOLA; traduction de M. le Dr L. GIRERD.

Le Propriétaire-Gérant : Dr BOUCHUT.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Fac. de médec., rue M.-le-Prince, 31.
A. DAVY, successeur.